



**Universidad del sureste**  
**Campus Comitán**  
**Licenciatura en Medicina Humana**

**Mapas conceptuales sobre los temas  
vistos en clase**

**Carlos Rodrigo Velasco Vázquez**

**Grupo "B"**

**Sexto semestre**

**Ginecología**

**Docente: Dr. Roberto Javier Ruiz  
Ballinas**

Comitán de Domínguez Chiapas a 28 de abril de 2024

# Enfermedad Trofoblástica Gestacional

## Definición.

Es un conjunto de enfermedades interrelacionadas y cuyas características comunes incluyen hiperplasia del trofoblasto y aumento de B-HCG.

## Clasificación

### Benignos

Mola hidatiforme

Mola completa - Ausencia de feto.

Mola parcial - Presencia de feto.

### Malignos

Neoplasia trofoblástica gestacional.

Mola invasora.

Coriocarcinoma.

Forma del citio placentario.

## Epidemiología

Incidencia 1/200, 1500 emb.

Mola invasora

↳ 1/40 emb. molares.

↳ 1/150,000 emb. norm.

## Factores de riesgo.

Extremos de la vida. <15 y >40a.

Ant. de abortos espontáneos > 25%.

Ant. de enf. Trofoblástica previa.

Mola parcial 10x.

↳ Mola previa 50%.

↳ Abort. ectópicos pes. 0.5%.

↳ Emb. previo prematuro.

## Cuadro clínico

- Hemorragia uterina anormal.
- Crecimiento uterino mayor al esperado por EG.
- Ausencia de frecuencia cardíaca fetal.
- Presencia de quistes
- Hipertensión gestacional < 20 semanas.
- T19 de B-HCG.

## Diagnóstico

- Elevación de los niveles de B-HCG ↑ 100.000.
- Ecografía. ↳ Duplica 24h.
- ↳ Presencia de quistes decelulares
- ↳ Mola
- BH completa.
- Tiempos de coagulación
- PFH y renal.
- Grupo y RH.
- Niveles de β-HCG.
- Tele de Tórax.
- Ultrasonido obstétrico.

## Diagnóstico diferencial

- ↳ Amenaza de aborto.
- ↳ Aborto.
- ↳ Gestación ectópica.

## Tratamiento

- ↳ Dependerá del deseo de preservar la fertilidad.
- ↳ Mola completa
  - ↳ AMEU + monitorización B-HCG
  - ↳ Histerectomía en Bloque
  - ↳ LUI
- ↳ Mola parcial
  - ↳ AMEU o LUI.

# Placenta Previa

## Definición

Es la inserción de la placenta en el segmento uterino inferior de modo que puede ocluir el orificio cervical interno.

## Clasificación

Según su presentación

Placentas oclusivas

↳ Placenta oclusiva total.

↳ Placenta oclusiva parcial.

Placentas no oclusivas.

↳ Placenta marginal (0 a 2cm)

↳ Placenta lateral. (2 a 7cm)

## Epidemiología

La incidencia es de 1/200 embarazos

Causa fctc de hemorragia en 1er trimestre.

## Factores de riesgo

- Tratamiento de infertilidad
- Cesárea previa
- Edad materna avanzada.
- Tabaquismo.
- Cicatrices.
- Patología uterina

## Clinico

Aparición de hemorragia episódica, progresiva, abundante recurrente e indolora.  
Estado materno con pérdida hemática.

## Diagnóstico

Px con USG abdominal y sospecha → confirmar con USG endovaginal.

Inserción baja de placenta

↳ Borde placentario a < 20mm del OCI no lo cubre

↳ Dx con USG en el 2er Trimestre.

Placenta previa

↳ Borde placentario cubre o rebaja el OCI.

## Tratamiento

- Tratar anemia en etapa prenatal
- Si hay hemorragia grave.  
↳ Cesárea sin importar la edad gestacional.  
↳ Feto inmaduro 24-34 semanas.  
↳ Tociólisis, EPR.
- Planificar cesárea  
↳ 36-37 semanas via FR.
- 34 a 36 semanas pa con FR, sangrado transvaginal.
- Via vaginal ET sin sangrado y buen pronóstico.

## Diagnóstico diferencial

- Placenta quejete.
- ETE.
- Inserción baja de placenta.

# Aborto placentar o desprendimiento prematuro de placenta normalmente inserta.

## Definición.

Consiste en la separación total o parcial de una placenta normalmente inserta en la pared uterino.

## Epidemiología

- 2da causa más común de hemorragia 2da mitad.
- Incidencia de 1 en cada 120 partos.

## Factores de riesgo

- Multiparidad
- Madre > 35a.
- HTA
- ER, DM
- Toxemia.
- Traumatismo.
- Tabaco y cocaína.

## Cuadro Clínico

- **Desprendimiento leve o incipiente (< 30%).**
  - Sangre retenida en hematoma retroplacentario.
  - Sale al exterior como hemorragia oscura con molestia de hipogastrio.
- **Desprendimiento moderado (30-50%).**
  - Dolor uterino continuo de forma brusca y gradual.
  - Hemorragia vaginal oscura.
  - Útero hipertónico y doloroso a palpación.
- **Desprendimiento masivo (> 50%).**
  - Dolor brusco por hipotensión uterina.
  - Atonía irreversible.
  - Shock hipovolémico.

## Diagnóstico

Se establece por el cuadro clínico y la ecografía

## Tratamiento

Finalizar la gestación lo antes posible.

- Feto vivo: extracción fetal urgente.
- Feto muerto: parto vaginal\*

## Diagnóstico diferencial

- Placenta previa.
- Rotura uterina.
- Rotura de vasa previa.

# Infección del tracto urinario bajo durante el embarazo.

## Definición

### Infecciones del tracto urinario.

↳ Existencia de m.o. patógenos en el tracto urinario con o sin presencia de síntomas.

### Infecciones del tracto urinario bajo.

↳ Colonización bacteriana a nivel de uretra y vejiga que normalmente se asocia a presencia de síntomas y signos urinarios

- ↳ Bacteriuria asintomática.
- ↳ Cistitis aguda.
- ↳ Cistouretritis aguda.

### Diagnóstico diferencial.

- Litiasis y tumores urinarios.
- Cistitis intersticial
- Difteria.
- Infección de transmisión sexual.
- Inflamación de órganos genitales.

## Epidemiología

- 20% de mujeres sin embarazos o con inf. pueras.
- Dilatación del sistema colector.
- Prevalencia 4-7%.  
↳ + Prob. de evolucionar.
- 20% de las no tratadas evoluciona a PNA.

## Factores de riesgo

- Frecuencia de relaciones sexuales.
- Uso de espermicidas.
- Nuevas parejas sexuales.
- Elevada paridad.

## Clinica

Aparición de signos urinarios como: Urgencia, disuria, polaquiuria, turbidez, olor fétido de la orina.

## Diagnóstico

- Realizar un cubado en el 1er trimestre de embarazo  
↓ riesgo de pielonefritis.
  - ↳ EGO 12-16 SBG
  - ↳ EGO legumiento 18-20 SBG
  - 82-27 SBG.
- Urocultivo para Dx. de Bacteriuria asintomática.
  - ↳ > 100,000 UFC/ml.

## Tratamiento

Bacteriuria asintomática  
↳ Regimen 4-7d.  
1do 2do trimestre elección por Antibiograma.

### Tratamiento empírico

- Amoxicilina 500mg/8h por 4-7 días.
- Nitrofurantoina 100mg V.O./6h.

# Amenaza de Parto Pretermino.

## Definición.

APP.

Embarazo de 20.1 - 36.6 SDE  
(con presencia de contracciones uterinas)  
con una frecuencia de 2/10min o 4/20min.  
y 8/60 min. más uno de los sig.

- Dilatación cervical  $\leq 3$  cm.
- Borramiento  $\leq 50\%$ .
- Cambios cervicales por USG.

## Parto Pretermino

Actividad uterina (4/20min o  $> 8/60$  min.

- + Dilatación cervical  $\geq 3$  cm.
- + Borramiento  $\geq 80\%$ .
- + Con o sin membranas íntegras.

## Epidemiología

- Problema importante.
- 70% de mortalidad perinatal.
- Prematuridad principal causa de mortalidad infantil.

## Factores de riesgo

- Edades extremas  $< 15 > 35a.$
- Consumo de alcohol
- Cocaína, tabaco.
- Déficit nutricional
- Bajo nivel socioeconómico.
- IVO o de liq. amniótico.
- Polihidramnios, gestación múltiple.
- Placenta previa. RPM.

## Clinica

- Contracciones suaves e irregulares.
- Dolor de espalda bajo
- Sensación de presión en la vagina.
- Secreción vaginal de mucosidad, clara rosada.

## Diagnóstico

### Clinico

- Presencia de dinámica uterina.
- Modificaciones en el cervix.

- Dolor abdominal
- Dolor en hipogástrico.
- Poliorreas y  $>$  de 30 kg/día.

- Medirante tacto vaginal
- Ecografía.

## Tratamiento

Se desarrollará de acuerdo a la dinámica de la paciente.

- $\leq 23 + 6$  semanas - Dejar evolucionar.
- 24 - 31 + 6 semanas  
 $< 25$  mm observación  
 $> 25$  mm  $\rightarrow$   
Corticoides + tocolisis + valoración  
Joltato de magnesio si SDE  $> 32$ .
- 32 - 34 + 6 semanas  
 $< 12$  mm  $\rightarrow$   
 $\geq 12$  mm observación.

## Tocolisis $\rightarrow$

1ra 24-32 SDE	Nifedipino 10 mg V.O. / 1min	Terbutalina 0.25 mg s.c. / 8h.
Indometacina 25-30 mg	1ra 32-34 SDE 2da 24-32 SDE	2da 32-34 SDE

## Diagnóstico diferencial

- Amenaza de parto pretermino.
- Parto pretermino.
- Ruptura prematura de membranas.
- Aborto.
- Óvulo.

# Estados Hipertensivos del Embarazo

## Hipertensión Gestacional

Elevación de la TA en gestaciones de 20<sup>semana</sup> a parto sin proteinuria.

## Preeclampsia

HTA  $\geq 140/90$  mmHg.  
Proteinuria  $> 300$  mg/24h.  
CS  $> 30$  mg/dl con 20<sup>semana</sup> o 2 semanas postparto.

## Preeclampsia con datos de severidad.

HTA  $\geq 160/110$  mmHg +  
Daño a órganos blanco.

## Eclampsia

Aparición de convulsiones tónico clónicas generalizadas en una paciente con preeclampsia.

## Síndrome de HELLP

Presencia de hemólisis, ↑ de enzimas hepáticas y plaquetopenia.

## Epidemiología

- 1-5% de la población.
- Incidencia es de 5-10%.

## Factores de riesgo.

- Edad materna  $< 17$  y  $> 37$  años.
- Multiparidad
- Raza negra.
- HT de eclampsia.
- HAS
- Embarazo inducido.
- DM
- IRN.
- Trastornos inmunológicos (LES)
- Trombotias.
- Tabaquismo.

## Clinica

- Se asocia a sintomatología de HAS.
- HTA de acuerdo a la clasificación antes mencionada
  - Proteinuria  $\geq 300$  mg/24h. o 30 mg/dl aislado.
  - Edema generalizado.
  - Cefalea persistente o de novo.
  - Alteraciones neurológicas.

## Diagnóstico

- Observación especial y tamizaje en pacientes con factores de riesgo.
- Proteinuria: complicación hipertensiva.
  - ↳ Tira reactiva en orina.
  - ↳ Orina de 24 horas
  - ↳ Relación proteína orinaria/creatinina.
- Monitorear presión arterial
- Bioquímicos de control (PTH y renal).

Relacionar los resultados de acuerdo a la clasificación antes mencionada.

## Tratamiento

- La cesárea solo se consigue terminando la gestación.
- Reposo decúbito lateral izq. con dieta.
- Antihipertensivos (TAD  $\geq 110$  mmHg).
  - Manejo agudo: N: Hidralazina, labetalol
  - VO: Nifedipino.
- Manejo crónico: Amlmetildopa.
- Anticonvulsivos: Doltato de Mg intravenoso.

## Diagnóstico diferencial

- Mola hidatiforme • F&E. HTA crónica
- Hicido grupo. PTI • LES.

# Diabetes Gestacional

## Definición

Es un padecimiento caracterizado por la intolerancia a los carbohidratos que se reconoce por primera vez durante el embarazo y que puede o no resolverse después de este.

## Epidemiología

- Prevalencia a nivel mundial es del 7% de los embarazos.
- México prevalencia entre el 8.7% a 17.7%.
- HCTE en mujeres pertenecientes a un grupo étnico de riesgo.

## Factores de riesgo

### Pacientes de bajo riesgo

- Etnia de bajo riesgo
- IMC normal previo al embarazo
- Sin AF de DM.
- Sin antecedentes de problemas glucémicos.

### Paciente de riesgo intermedio

- Obesidad severa
- AF de diabetes
- Antecedente de alt. de glucosa en embarazo previo
- Dx de intolerancia a la glucosa.
- Dx de síndrome de ovario poliquístico.
- Antecedente de productos macrosomios.
- Presencia de glucosuria.

## Clinica

- Puede presentarse la clínica de una nefropatía.
- Pueden presentarse síntomas de preeclampsia.
- Síntomas habituales de diabetes las 4 p. (sed excesiva y aumento de orina).

## Diagnóstico

Se hará de acuerdo a la categoría de riesgo de la paciente.

- Bajo riesgo → Tamizaje a las 24 y 28 <sup>SDG.</sup>  
Glucosa > 92 mg/dL ayuno  
tamizaje en 102 pasos para Dx de DMG.

- Riesgo intermedio

- Riesgo alto → Tamizaje o  
Curva de Tolerancia a la Glucosa a las 24-28 <sup>SDG.</sup>

Un paso: CTGO con 75g.

- Muestra y ayuno de 8 hrs.
- Dx 1 alterado: • GA  $\geq 92$ .  
• G-1h:  $\geq 180$  mg/dL  
• G-2h:  $\geq 135$  mg/dL

• Dos pasos:

1. Tamizaje con 50gr.  
□ 1h  $\geq 140$  mg/dL se procede a CTGO.

En la mañana con ayuno de 8 horas:  
Dx 2/4 valores positivos)

- Glucosa en ayuno  $\geq 95$  mg/dL.
- Glucosa 1h  $\geq 180$  mg/dL.
- Glucosa 2h  $\geq 153$  mg/dL.
- Glucosa 3h  $\geq 140$  mg/dL.



# Diabetes Gestacional

## Tratamiento

- Terapia médica nutricional. No  $< 1500$  kcal/día.
- 30 min de actividad física diaria.

↓ no se controla.

## Tratamiento Farmacológico.

- Metformina en  $SDG > 20$ .
- Insulina. Tratamiento de elección

## Diagnóstico diferencial

- Diabetes Mellitos.
- Diabetes tipo 1.
- Diabetes pregestacional.

# Ruptura prematura de Membranas

## Definición

Es la pérdida de la continuidad de las membranas amnióticas con salida de líquido transvaginal que se presenta antes del inicio de trabajo de parto.

↳ Término > 37 SGG

↳ Pretérmino < 37 SGG

- Previaible ≤ 23 SGG
- Remota del término 24-32 SGG
- Cercana al término 33-36 SGG.

## Epidemiología.

- Ocorre en el 3-10% de los emb.
- 23-36% de NP por RPPM.
- 2-3 de embarazos.
- Asociado en un 20% de muertes perinatales.
- Frecuencia en México: 10 y 20%.

## Factores de riesgo

- Infecciones del tracto reproductivo materno.
- Deficiencia de cobre, vit. A, C y zinc.
- Raza negra
- Tabaquismo
- Pobreza
- Grado obstétrico.
- Antecedente de RPPM.

## Cuadro Clínico

- Sintomatología de IUU.
- Antecedente de la paciente de la salida de líquido.
- Fiebre, dolor abdominal.
- Taquicardia fetal.

## Diagnóstico

- Combinar aspecto clínico, historia clínica y pruebas diagnósticas.
- Exámenes recomendados:
  - Especuloscopio con visualización de salida de líquido con maniobra de valsalva.
  - Prueba de nitrazina y la cristalografía.

## Tratamiento

Manejo por semanas.

- Antes de 24 SGG
  - Interrupción del embarazo.
- 24 a 34 SGG
  - Sin corioamniotitis: manejo conservador.
  - Con corioamniotitis: antibiótico + interrupción del embarazo.
- Más de 34 SGG: Interrupción del embarazo.

- Antibióticos: ampicilina, eritromicina o gentamicina.
- Corticoides: maduración pulmonar.
- Tocolíticos.

## Diagnóstico diferencial.

- Vaginitis o vaginosis
- Incontinencia urinaria

## Bibliografía:

- GPC para el Diagnóstico y Tratamiento de la Enfermedad Trofoblástica Gestacional, México; Instituto Mexicano del Seguro Social, 2010.
- Diagnóstico y manejo de las anomalías en la inserción placentaria y vasa previa Guía de Práctica Clínica: Evidencias y Recomendaciones. México, CENETEC; 2019. Disponible en: <http://www.cenetec-difusion.com/CMGPC/GPC-IMSS-589-19/ER.pdf>
- Prevención, diagnóstico y tratamiento de la infección del tracto urinario bajo durante el embarazo en el primer nivel de atención, México: Instituto Mexicano del Seguro Social; 03/11/2016. Disponible en: <http://imss.gob.mx/profesionales-salud/gpc>  
<http://www.cenetec.salud.gob.mx/contenidos/gpc/catalogoMaestroGPC.html>
- Prevención, diagnóstico y tratamiento del parto pretérmino. Guía de Evidencias y Recomendaciones: Guía de Práctica Clínica. México, CENETEC; 2017 Disponible en: <http://www.cenetec.salud.gob.mx/contenidos/gpc/catalogoMaestroGPC.html#>
- Detección, Diagnóstico y Tratamiento de Enfermedades Hipertensivas del Embarazo. Guía de Evidencias y Recomendaciones: Guía de Práctica Clínica. México, CENETEC; 2017 Disponible en: <http://www.cenetec.salud.gob.mx/contenidos/gpc/catalogoMaestroGPC.html#>
- Diagnóstico y tratamiento de la diabetes en el embarazo. México: Instituto Mexicano del Seguro Social; 03/11/2016.
- Guía de Práctica Clínica Prevención, Diagnóstico y Tratamiento de la Ruptura Prematura de Membranas, México; Instituto Mexicano del Seguro Social, 2009